

昆明医科大学 2019 年临床医学和口腔医学 专业学位在职同等学力学位课程进修班报名表

姓 名		性 别		民 族		照 片
政治面貌		籍 贯				
出生日期		身份证号码				
本科毕业院校			毕业专业			
获学士学位时间		参加工作时间				
现从事专业			拟报进修班学习专业			
现工作单位			现通讯地址			
参加规培基地 名称			参加规培 专业名称			
规培开始时间			规培截止时间			
联系电话			E-mai 地址			
<p>所在医院意见:</p> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> 签字盖章: 20 年 月 日 </div>						
<p>研究生院意见:</p> <div style="text-align: right; margin-top: 100px;"> 审核人: 20 年 月 日 </div>						